LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Ophthalmologie : Traitement des taies de la cornée par les pommades et le massage, par le Dr A. Chevallereau, 353. — **Urologie** : Rétrécissement pénien compliqué de cowperite suppurée; rhumatisme génital. Hypertrophie sénile de la prostate, par le Dr A. Guépin, 355. — **Bibliographie** : Les victimes du lait et du régime lacté, par le Dr G.-Henri Meunier, 359. — **Revue de la presse** : Traitement des affections nerveuses gonorrhéiques, par Max Kahane, 359. — **Académie des sciences** : *Séance du* 31 *mai* 1898. Présidence de M. Wolf. — De la création de nouvelles articulations entre des os normalement indépendants, 360. — Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie, 361. — Sur la diméthylpipérazine et quelques combinaisons phénoliques de cette base, 361. — Influence de l'asphyxie sur la teneur du sang en oxyde de carbone. Production d'oxyde de carbone dans l'organisme, 361. — **Académie de médecine** : *Séance du* 7 *juin* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Résection du sympathique cervical dans le glaucome, 362. — Élections, 362. — Carpus curvus, 362. — Prophylaxie de la tuberculose, 362. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* 3 *juin* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Maladie polykystique des reins, 362. — Gangrène pulmonaire latente chez un vieillard inanitié, 362. — Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode, 363. — De l'état moniliforme des nerfs dans la syringomyélie, 363. — **Société de chirurgie** : *Séance du* 8 *juin* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Hématurie de cause rénale, 363. — Deux nouvelles observations de cholédochotomie sans sutures, 364. — Deux observations de cholédochotomie, 364. — Cholédochotomie avec drainage du cholédoque, 364. — Hernie inguinale étranglée. Résection de l'intestin. Guérison, 364. — Macrostomie. Autoplastie. Guérison 364. — **Memento pratique** : De la révulsion et des émissions sanguines en thérapeutique oculaire, 364. — De l'organothérapie ovarienne, en particulier dans le traitement de la chlorose, 366. — **Nouvelles**, 367. — **Bulletin bibliographique**, 368. — **Feuilleton** : Les médecins de l'Hôtel-Dieu du XVe au XIXe siècles par M. A. Corlieu, 354.

OPHTHALMOLOGIE

Traitement des taies de la cornée par les pommades et le massage,

Par le Dr A. Chevallereau.

Les taies, qui le plus souvent sont le résultat d'affections scrofuleuses de la cornée, sont trop habituellement négligées par les parents qui ont rarement la patience de pousser jusqu'au bout un traitement long et désagréable; on préfère compter sur l'âge et sur le temps pour les faire disparaître, et, s'il fallait en croire bien des parents qui cherchent à excuser à leurs propres yeux leur négligence, trop de médecins auraient l'habitude de déconseiller tout traitement pour ces taies qui disparaîtraient seules à la puberté. En réalité les taies ne guérissent jamais seules, sauf lorsqu'elles sont superficielles, lorsqu'elles sont le résultat d'infiltrations sans destruction de tissus et lorsqu'elles existent chez des enfants très jeunes à croissance rapide.

Pendant qu'on attend en vain leur disparition spontanée, ces taies amènent comme complication habituelle du strabisme et de la myopie. Elle ne vont pas jusqu'à provoquer, comme le croit M. Malgat (de Nice), qui publie sur ce sujet un bon travail dans le *Recueil d'ophthalmologie*, mars 1898, « l'atrophie de la rétine et du nerf optique », mais leurs méfaits sont assez graves pour que ces taies méritent une sérieuse attention.

Le traitement le plus employé contre les taies, c'est l'insufflation de poudre de calomel sur la cornée ou l'introduction en dedans des paupières d'un peu de pommade à l'oxyde jaune de mercure au centième ou même à dose plus élevée. Les résultats ne sont pas toujours bien appréciables. En 1891, M. Malgat a été l'un des premiers à préconiser le massage de la cornée. Ce n'est point un traitement commode et il faut le conduire avec prudence. Le massage irrite l'œil et l'inflammation qu'il provoque peut aller beaucoup trop loin, amenant même parfois des complications nuisibles, obligeant alors à interrompre le traitement pour un temps plus ou moins long. Voici comment M. Malgat pratique le massage. Il introduit derrière les paupières de l'œil malade un peu de pommade au précipité jaune :

Axonge fraîche.....	10 gr.
Précipité jaune.....	0 gr. 10

D. S. A.

ou bien la pommade suivante :

R. Lanoline ... } ââ 5 grammes.
Hydrargyre. }

puis, les paupières étant closes, il fait des frictions douces sur l'œil au niveau de la cornée pendant une demi-minute environ. Il essuie l'enfant avec du coton hydrophile, le lave avec de l'eau boriquée à 3 0/0 et l'opération est finie.

Ce pansement est renouvelé tous les jours jusqu'à ce que la pommade ou les frictions aient produit une certaine irritation de l'œil qu'il ne faut pas dépasser. Alors il faut donner à l'enfant quelques jours de repos, puis on reprend le massage avec prudence tous les deux ou trois jours en se tenant prêt à le cesser encore à la moindre rébellion de l'œil.

Ce traitement est indiqué chaque fois qu'on se trouve

en présence d'infiltrations récentes de la cornée, chaque fois que toute inflammation oculaire a disparu depuis une dizaine de jours au moins. D'autre part, plus on se trouve rapproché de la fin des accidents inflammatoires, plus on a de chance de faire disparaître les exsudats ; au contraire lorsque les infiltrations cornéennes sont anciennes, organisées, il devient très difficile d'en avoir raison.

Le massage est contre-indiqué dans tous les cas où il existe une inflammation même légère de l'œil ; l'irritation de la pommade ou des manœuvres massothérapiques peuvent en effet faire éclater une inflammation plus grave.

M. Malgat affirme que l'on guérit toujours le nephélion et l'albugo par le massage, au bout d'un temps variable qui dépend de la susceptibilité de l'œil traité, de l'étendue et de l'épaisseur des taches. Il pratique même systématiquement le massage dans le leucome, non pas assurément qu'il ait la prétention de faire disraître un tissu de cicatrice, mais pour modifier sa périphérie toujours infiltrée et nébuleuse et par là agrandir le champ translucide de la cornée.

Nous admirons la confiance de M. Malgat dans l'efficacité absolue du massage en thérapeutique oculaire, en regrettant beaucoup de ne pouvoir la partager entièrement. D'abord une légère critique à propos de sa pommade au précipité jaune. En formulant précipité jaune, M. Malgat entend certainement avoir de l'oxyde jaune de mercure ; or, qu'il prenne l'*Officine* de Dorvault, qui est toujours le bréviaire de la plupart des pharmaciens, et il verra que le seul corps désigné par lui sous le nom de *précipité jaune* est le sulfate trimercurique, turbith minéral, sulfate jaune de mercure (12e édition, 1889, p. 959) ; l'oxyde jaune de mercure (p. 696) n'est nullement désigné par lui sous le nom de précipité jaune. Eh ! bien, que son ordonnance tombe chez un pharmacien non prévenu et que celui-ci donne une pommade au sulfate jaune de mercure, et nous ne croyons pas que le massage puisse être continué longtemps.

D'autre part, même en formulant toujours oxyde jaune de mercure, avec de l'axonge fraîche, comme le fait très justement M. Malgat, et non avec de la vaseline qui est un excipient déplorable pour les pommades oculaires, nous voyons rarement cette pommade à l'oxyde jaune au centième être bien supportée par les malades; la rougeur et la douleur viennent très vite, même quand on en met avec discrétion. Je crois bien que c'est une question de préparation et de pharmacien, mais il n'est pas souvent facile de choisir son pharmacien. Aussi nous préférons une autre pommade qui est toujours beaucoup mieux supportée, c'est la pommade au précipité blanc, c'est-à-dire au protochlorure de mercure par précipitation ; nous ne croyons pas qu'ici il puisse y avoir doute sur la nature du produit. Cette pommade au précipité blanc offre le grand avantage de ne pas être irritante et de pouvoir facilement être employée à dose beaucoup plus élevée, jusqu'à 10 0/0. Je sais bien qu'il n'est pas inutile de provoquer une certaine irritation pour faire disparaître les taies, mais on finit toujours par l'obtenir et au moins avec le précipité blanc on peut faire un massage sérieux.

Maintenant et à la vérité, qu'obtiendra-t-on avec tout cela? Quels que soient leur épaisseur et leur degré d'opacité, qu'il s'agisse de néphélion, d'albugo ou de leucome, il faut distinguer deux sortes de taies de la cornée : les taies par infiltration et les taies par cicatrices. Dans ces dernières, consécutives à des traumatismes, à des ulcérations, on peut faire ce qu'on voudra, on n'obtiendra rien, que de faire disparaître la zone d'infiltration qui peut entourer le tissu cicatriciel ;

FEUILLETON

—

Les médecins de l'Hôtel-Dieu du XVe au XIXe siècles

L'Hôtel-Dieu de Paris est peut-être le plus ancien hôpital de l'Europe. C'est au clergé que revient l'honneur de ces fondations charitables. Saint Landry, évêque de Paris, passe pour en avoir été le fondateur au milieu du VIIe siècle. L'Hôtel-Dieu n'était pas seulement un hôpital : c'était encore une maison où l'on hébergeait les pauvres mendiants, qui y étaient reçus sans formalités; aussi leur nombre fut-il très variable et parfois très considérable, à tel point qu'on couchait plusieurs malades dans le même lit, ce qui dura jusqu'à la fin du XVIIIe siècle.

L'hôpital était dirigé par l'évêque de Paris et entretenu par les revenus ecclésiastiques. Le gouvernement temporel et l'administration de l'Hôtel-Dieu furent plus tard confiés à six ou huit « gens de bien », nommés par le prévôt des marchands et par les échevins, et remplacés tous les trois ou quatre ans, par moitié.

On n'a aucune donnée précise sur la manière dont était fait le service médical. La médecine fut primitivement sacerdotale, et ce n'est qu'à partir du 1er juin 1452, lors de la réforme de l'Université par le cardinal d'Estouteville, que les médecins purent se marier (1).

Jusqu'en 1636, l'historique des médecins de l'Hôtel-Dieu ne peut consister qu'en une monotone chronologie, soit par le manque de documents authentiques, soit par l'absence des traces qu'ils ont laissées dans la science. Le premier médecin dont il soit fait mention est Enguerrand De Parenti, en 1445. Il recevait pour honoraires huit livres tournois.

Après lui, le premier que nous ayons trouvé est Guillaume Forget, reçu docteur régent le 24 octobre 1502. Il fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu en 1506, et son traitement était de vingt livres tournois.

Le 22 novembre 1536, Mathurin Tabouet, reçu licencié en médecine en 1526, fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu aux appointements de quarante livres tournois par an. Il devait

(1) Corlieu, *L'ancienne Faculté de médecine*, Paris, 1877, p. 51.

dans les taies par infiltration, au contraire, on peut beaucoup, surtout lorsque le sujet est jeune et lorsque la taie elle-même n'est pas trop ancienne. Pour cela, au moins en ce qui concerne les adultes, aucun moyen ne nous paraît plus actif que l'application sur le limbe scléro-cornéen, dans le voisinage de la taie ou même sur tout le pourtour de la cornée, de très petites pointes de feu avec la pointe fine du thermocautère. La cocaïne rend cette petite opération très facile et on la recommencera avec avantage tous les quinze jours ; mais ce procédé est difficilement applicable chez les enfants ; chez eux, la pommade a certainement du bon et, quand on saura y mettre assez de patience, on en obtiendra d'excellents résultats.

UROLOGIE

Rétrécissement pénien compliqué de cowperite suppurée ; rhumatisme génital. — Hypertrophie sénile de la prostate (1).

Par M. le Dr A. GUÉPIN.
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'observation suivante, rédigée en grande partie, dans ses traits essentiels, par le confrère qui en fait l'objet, est intéressante à plusieurs points de vue. Poursuivie régulièrement pendant plus de dix années consécutives par mon maître Reliquet et par moi, elle montre l'évolution de plusieurs accidents distincts : le rétrécissement urétral, qui se complique de cowperite et d'infection générale, avec manifestations rhumatismales diverses. Plus tard, la prostatite dont les causes sont trop faciles à trouver dans un canal infecté et rétréci pendant longtemps. Cette prostatite glandulaire revêt peu à peu les caractères de la prostatite sénile (de l'hypertrophie prostatique). Enfin la glande se transforme en tissu scléreux dans sa totalité. Le malade meurt d'une poussée d'infection aiguë sur un organisme exténué.

La relation résumée du fait est divisée en trois périodes : 1° avant l'urétrotomie interne qui guérit le malade de son rétrécissement ; 2° après l'urétrotomie, une longue période, où ne paraît point encore évoluer manifestement la prostatite glandulaire ; 3e enfin, l'apparition des signes se rapportant à la prostate, l'examen de la glande et ses résultats, la marche des transformations subies par l'organe jusqu'au moment des complications ultimes.

Des très nombreux détails rapportés plus loin, on tirerait au besoin des déductions également nombreuses ; mais elles se présentent à l'esprit sans qu'il soit nécessaire d'insister, surtout à propos d'une seule observation.

OBSERVATION (Résumée). — I. — M. X..., 55 ans (en 1887), de stature élevée, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais fait d'excès. Il a habité 16 ans l'Algérie sans avoir de fièvres intermittentes. Pas de syphilis.

En 1850, il contracte une blennorrhagie qui passe insensiblement à l'état chronique.

L'année suivante, un peu de douleur et d'empâtement du genou gauche. Durée : six mois environ ; puis disparition absolue.

En 1853, rétention d'urine pendant 15 heures ; il y a toujours un peu d'écoulement urétral purulent.

En 1868, hydarthrose du genou gauche, peu douloureuse, qui dura trois mois. Récidive à la suite d'une fatigue, immobilisation, vésicatoires sur le genou ; guérison au bout de cinq mois. La goutte de sécrétions urétrales constatée chaque matin est grisâtre. Déjà, le ma-

(1) Communication à la Société de Médecine de Paris, séance du 28 mai 1898.

---

visiter les malades une ou deux fois par semaine. Il est assez probable qu'un ou deux médecins ont dû prendre place entre Forget et Tabouet ; mais il n'existe aucune indication positive à ce sujet.

La nomination des médecins se faisait par le Bureau des pauvres, c'est-à-dire par les administrateurs de l'Hôtel-Dieu. Il suffisait aux candidats de se présenter et de se faire recommander : il fut décidé qu'on ne recevrait comme médecins que ceux reçus à la Faculté de Paris. La présentation tenait lieu de concours et les deux procédés ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients. Aujourd'hui que le concours est la règle, il paraît, dit-on, que tout candidat doit avoir *son* jury, pour réussir.

Tabouet n'est pas resté longtemps en fonction ; car l'année suivante, le 15 février 1537, il fut remplacé par Jehan GUYDO, qui avait été reçu docteur en 1526 et qui recevait comme honoraires 60 livres tournois par an. Il paraît s'être retiré en 1547 et il est mort le 22 mars 1548.

Le 6 avril 1547, Jehan LEVASSEUR, reçu docteur le 14 octobre 1544, fut admis comme médecin de l'Hôtel-Dieu et ses honoraires furent portés à 100 livres tournois par an. Il se retira en 1556 et il est mort au mois de novembre 1570.

En 1556, il fut remplacé par J. LE PAULMIER, reçu docteur le 10 novembre de la même année. Il ne resta que deux ans en fonctions et il fut remplacé en 1558 par Philippe ALLAIN, reçu docteur le 16 octobre 1554. Le Paulmier est mort le 5 décembre 1588.

Le 6 août 1558, Allain fut remplacé par Simon MALMEDI, qui avait été reçu docteur le 11 juillet 1564 et dont les honoraires furent portés à 120 livres tournois. Il est mort le 18 avril 1584.

Soit pour cause de santé, soit pour tout autre motif, on lui donna comme suppléant, le 2 décembre 1569, Nicolas LEGROS, reçu docteur le 19 décembre 1564. Il est mort le 7 mai 1582.

Le 18 février 1573, Robert CROSON, reçu docteur le 16 février 1569, succéda immédiatement à Simon Malmedi. Il est mort quelques mois après sa nomination, le 17 août de la même année.

Le 21 août 1573, Jacques MARAN, reçu docteur le 9 décembre 1572, succéda à Croson. Ses honoraires furent por-

lade remarque que le jet d'urine est mince et nécessite des efforts.

La campagne de 1870-1871 est bien supportée, malgré le froid et les fatigues.

En 1876, myodynie de la région fessière, persistant 15 à 20 jours et quelques années après, douleurs gênantes dans la région plantaire gauche.

En janvier 1882, hématurie pendant trois ou quatre jours. Douleurs dans la région lombaire qui persista jusqu'en 1887 et ne cessa que sous l'influence du régime lacté.

En avril 1882, nouvelle hématurie de même durée.

En 1883, troisième hématurie, moins abondante que les précédentes. Le suintement urétral persiste avec des aggravations et des améliorations passagères. L'état général est excellent.

En 1884, les douleurs musculaires du dos et des lombes prennent une grande intensité ; les muscles du cou sont pris; au bout de onze jours, les articulations du genou, du cou-de-pied et du gros orteil droits, se fluxionnement douloureusement. L'épanchement dans le genou est considérable ; fièvre modérée. M. X... reste au lit, dans l'immobilité absolue pendant un mois. La convalescence fut longue (2 mois) et il persista à la suite de cette poussée aiguë une raideur et des douleurs dans les groupes musculaires atteints. Elles s'exagéraient la nuit et le malade, pour déplacer la tête, était obligé de la prendre entre ses mains.

En 1885, poussée d'arthrite dans le genou droit ; quinze à vingt jours de durée.

Vers cette époque (janvier) de loin en loin quelques accès de fièvre isolés simulant des accès paludéens. Ils augmentent peu à peu de fréquence et d'intensité pour devenir subintrants (10 accès en quarante-huit heures), vers la fin de 1886 et au commencement de 1887.

Toujours à cette même époque (début de 1885), la verge augmente de volume, s'œdématie ; le prépuce est énorme et fait obstacle au coït. Le gland est dur, de couleur rouge livide, d'une sensibilité excessive et anormale.

L'écoulement augmente d'abondance et devient continu ; il tache le linge en jaune vert. La fin de la miction est suivie de l'expulsion de quelques gouttes de sang. Elle se fai sans douleur, sans difficultés notables, tout en nécessitan cependant un effort. Le jet est déformé, très mince, sou vent irrégulier et projeté au loin. L'urine très colorée, lé gèrement acide, trouble, fétide, laisse déposer par le repo un abondant mélange de mucus, de pus et de sang. Le besoins sont peu fréquents (quatre à cinq fois par vingt quatre heures) ; les nuits sont calmes. Bientôt la quantit d'urine tombe à 750 cc. par vingt-quatre-heures, où l'uré est seulement dans la proportion de 5 grammes (1er no vembre 1886). La vessie ne se vide pas et il y a par mo ment de l'incontinence après la miction.

De janvier 1886 à juin 1887, quatre épididymites ; troi à droite, une à gauche. La glande de Méry du côté gauch forme une tumeur au périnée, tumeur gênante par son vo lume et sa situation, mais indolente, de consistance ferme sans adhérence à la peau, de la grosseur d'un œuf d poule. Elle communique avec l'urèthre. Au moment de garde-robes, les sécrétions qui y stagnent s'écoulent au dehors, mélangées à des gaz qui sortent avec un bruit spé cial d'éructation. Le pus reflue également dans la vessi et se mélange à l'urine.

Les voies digestives, longtemps indemnes, se prennent à leur tour ; il y a de l'inappétence, puis de l'anorexie (ma et juin 1887), de la pneumatose, de la constipation. Flu hémorrhoïdal passager.

Le système nerveux est intéressé : refroidissement facil au moindre courant d'air, suivi de frisson. Peau toujour moite. Faiblesse générale très grande. La cuisse gauch toujours glacée est le siège de fourmillements pénibles Les muscles se contractent soudainement et douloureuse ment, surtout ceux de la nuque ; ils font entendre à ce mo ment un petit bruit sec et brusque. La sensibilité est exces sive, les réflexes exagérés. Sous l'influence de la plu légère impression, il y a du tremblement des membres su périeurs, en dehors même de tout mouvement volontaire Le moral s'affecte, l'amaigrissement progresse; une érup tion pemphigoïde, par poussées successives, envahit le régions pubienne et scrotale. Enfin, le genou droit est d nouveau le siège d'un épanchement.

---

tés à 120 livres tournois d'abord, puis à 140 livres. Il est mort le 29 juin 1594.

Philippe Harduyn de Saint-Jacques (Hardouin) qui lui succéda paraît n'être resté que quelques mois en fonctions. Il avait été reçu docteur le 16 mai 1580 et son traitement était porté à 400 livres tournois par an. Il demanda une augmentation, qui lui fut refusée, ce qui occasionna peut-être sa démission. Il fut élu doyen de la Faculté de médecine en 1616. Harduyn de Saint-Jaeques, qui avait été reçu docteur le 16 mai 1580, est mort en 1627.

Le 31 août 1594, Jacques Lescrivain fut nommé médecin de l'Hôtel-Dieu aux appointements de 66 écus soleil, environ 500 livres. Il fut remplacé le 6 mars 1596 par Pierre Paulmier, qui venait d'être reçu licencié en médecine. Il fut remplacé l'année suivante (18 août 1597) par Antoine Bernier qui recevait 80 écus soleil.

Le 22 août 1601, Simon Bazin succéda à Bernier. Reçu docteur le 29 octobre 1598, il s'était acquis une certaine réputation à la Faculté. Il était logé à l'Hôtel-Dieu, et il demanda le 24 novembre 1616, à avoir quelques heures de liberté par jour pour visiter quelques parents ou amis, ce qui lui fut refusé. Alors il donna sa démission. Il avait été élu doyen de la Faculté en 1638 et il est mort le 12 mai 1642.

Francier ou Francière, Michel, remplaça Bazin, le 24 novembre 1616. Il était célibataire, fut nourri et il reçut une indemnité de logement dans le voisinage de l'Hôtel-Dieu. Son traitement fut porté à 600 livres. Reçu docteur le 29 décembre 1614, il est mort le 1er juillet 1619 et il fut remplacé le 6 septembre par René Moreau, qui ne fut ni logé, ni nourri mais dont les honoraires furent de 1200 livres tournois.

René Moreau était né à Montreuil-Bellay en Anjou : il s'était fait recevoir docteur le 27 novembre 1618, avait été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu l'année suivante et peu après il avait été nommé professeur au Collège Royal (de France), et en 1539 avait été élu doyen de la Faculté de médecine. Son décanat a été remarquable pour le maintien des droits de la Faculté. Comme doyen de la Faculté et comme médecin de l'Hôtel-Dieu, il intervint d'une façon énergique pour prévenir ou combattre la peste dont Paris était menacé. Il fit prescrire le balayage des rues, le nettoyage des égoûts ; il demanda l'augmentation du nombre des médecins

En juin 1887, le malade se soumet à l'examen du Dr Reliquet. Le diagnostic fut : rétrécissement pénien; cowpérite; septicémie urinaire consécutive.

II. — L'urétrotomie interne fut faite le 7 juillet 1887. Sonde à demeure n° 17 pendant deux jours. Précautions d'aseptie locale habituelles; régime lacté, lavements quotidiens.

Alors qu'antérieurement le passage d'une petite bougie (n° 10 ou 11) provoquait un accès de fièvre, il n'y eut aucune élévation thermique. L'urine presque aussitôt devint claire, perdit son odeur fétide. La quantité fut de 1.200 à 1.500 grammes par vingt-quatre heures avec 25 grammes d'urée. L'écoulement urétral est peu abondant et la tumeur périnéale diminue de volume au point de disparaître absolument un mois après l'urétrotomie.

Le quatorzième jour après l'intervention, le Dr Reliquet commence la dilatation progressive à partir du n° 17 jusqu'au n° 22 inclus. Le malade pour uriner passe une sonde n° 18, quatre fois dans les vingt-quatre heures.

En novembre 1887, quatre mois après l'urétrotomie : état général excellent, appétit et sommeil bons, digestion régulière, relèvement très notable des forces, plus d'éruptions cutanées. L'impressionnabilité excessive au froid a disparu, ainsi que les fourmillements, l'émotivité, les crampes douloureuses, le tremblement des membres supérieurs.

Plus d'accès de fièvre depuis le 7 juillet, plus d'œdème du prépuce. Gland souple et rosé, sensibilité de l'organe normale. Urines claires d'aspect et d'odeur physiologiques; densité 1022; légèrement acides; quantité en vingt-quatre heures : 1500 à 1700 grammes avec 20 à 23 grammes d'urée; ni sucre, ni albumine.

Les muscles, presque tous atrophiés par suite d'une inertie de plusieurs années et peut-être aussi de la myosite dont ils ont été le siège, commencent à perdre de leur raideur. La tête se redresse et peut être portée à droite et à gauche; la marche est facile sans l'aide d'une canne. Promenade journalière au grand air. Les articulations (et en particulier le genou droit malade depuis trois années) paraissent absolument guéries. Plus d'empâtement extérieur, plus de douleurs spontanées ou provoquées, plus d'épanchement; quelques craquements articulaires.

En résumé, à part une atrophie générale du système musculaire qui s'amende chaque jour sous l'influence de l'exercice, de l'électricité, la santé est redevenue en tout point parfaite.

Toutefois, il y a toujours un peu d'écoulement urétral, qu'aucun traitement ne tarit définitivement. La bougie n° 20 passe très facilement tous les cinq jours.

En janvier 1888, anthrax dans la région dorso-lombaire; guérison rapide. Rapports sexuels; les premières éjaculations sont teintées de sang; elles se régularisent par la suite. Il y a une certaine tendance à la constipation combattue par les lavements et les laxatifs.

En avril et en juin, le malade ayant quelque peu négligé les soins d'antiseptie vésicale (il lave chaque jour l'urètre et la vessie), a de nouveau des poussées rhumatismales articulaires et des phénomènes de cystite.

Le 27 juillet 1888, orchite gauche.

Le 24 août 1888, nouvelle orchite à gauche. Santé toujours excellente; mais il persiste de la stagnation d'urine dans la vessie qui nécessite des soins de chaque jour.

En 1889. Janvier. Il y a dans une miction quelques matières glaireuses chargées de phosphates et un peu de sang. Le n° 20 passe avec quelques difficultés. Le malade se néglige, il a des douleurs musculaires. — Février. Urines fétides, deux accès de fièvre le 6 et le 19. Il revient à un régime plus sévère. — Mars. Orchite, à la suite d'un cathétérisme avec une sonde usée; écoulement urétral plus abondant. La miction se fait bien, la vessie paraît se vider en presque totalité. Les garde-robes sont plus faciles et régulières. Tout va très bien jusqu'en novembre ou quelques jours sont moins bons.

En 1890. Janvier et Février. Deux poussées très légères d'épididymite. — Avril et mai, deux ou trois nouvelles menaces. Le malade a éprouvé de grands chagrins de famille. Néanmoins l'état général reste excellent, l'état local très amélioré. La vessie se vide presque complètement; la sonde n° 20 franchit l'urètre sans difficulté; l'écoulement très peu abondant, persiste.

En 1891. Mictions rares, ne laissant après elles que quelques grammes d'urine dans la vessie; canal libre. Progrès locaux persistants. Un lavage vésico-urétral par jour. Un accès de fièvre en septembre.

En 1892. Un accès de fièvre en avril. Rien de spécial à signaler.

En 1893. Le malade revient à la dilatation progressive qu'il avait abandonnée depuis longtemps; il passe les nos 18, 19, 20, 21 en plusieurs séances. Etat général excellent; toujours un peu d'écoulement. Urines normales. Lavages de vessie trois fois par semaine. Mictions faciles, espacées. Urine résiduale : 20 à 30 centimètres cubes. Le système musculaire reste atrophié, les mouvements difficiles. Il y a de nouveau des douleurs musculaires vagues.

III. — Le malade est perdu de vue pendant plusieurs années. Il me fait demander auprès de lui le 3 décembre 1896. Alors, il raconte que pendant les deux ans écoulés (1894 et 1895), sa santé s'est maintenue bonne, sans progrès, mais sans aggravation. Depuis cinq mois environ, après une longue période de négligence relative

---

des hopitaux, des retraites pour les convalescents : il fit interdire la vente des mauvais fruits et il demanda au chef de la Police de rendre une sentence pour que les médecins fissent la déclaration des pestiférés nouveaux.

Nos hygiénistes d'aujourd'hui ont un précurseur dont le nom paraît trop oublié.

René Moreau était en outre un littérateur distingué, un helléniste et un latiniste remarquable.

Le 30 avril 1636, à cause du grand nombre de malades, il demanda que Mathurin Denyau lui fut adjoint, sans honoraires. Moreau est mort, le 17 octobre 1656, à l'âge de 69 ans.

Mais on reconnut qu'un médecin ordinaire et un auxiliaire étaient insuffisants, et le Bureau décida de nommer un second médecin ordinaire, et, pour ne pas augmenter les dépenses, on partagea les honoraires entre les deux médecins. Le second médecin ordinaire fut Charles Pilon, qui avait été reçu docteur le 14 mai 1598.

A partir de ce jour, il y eut deux médecins ordinaires à l'Hôtel-Dieu. Nous verrons le nombre augmenter peu à peu, varier pendant longtemps entre six et sept, arriver à onze à la fin du XVIIIe siècle. Il est aujourd'hui de six.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

de soins bien souvent recommandés, les envies d'uriner devinrent de plus en plus fréquentes, douloureuses à la fin et nécessitant un effort constant. Cependant les sondes ou les bougies pénétraient avec facilité. La constipation accompagnée d'hémorrhoïdes procidentes vint compliquer la fréquence des mictions. La raideur musculaire, des douleurs dans les membres abdominaux avec maximum aux pieds, des sensations de froid ou d'extrême chaleur contribuèrent à rendre la marche très difficile sinon impossible et à troubler le sommeil déjà si souvent interrompu.

Vers la fin de novembre 1896, du sang apparut avec les dernières gouttes d'urine. Les testicules devinrent sensibles et lourds. La langue fut sale ; il y eut de petits frissons.

L'hématurie augmentant, les douleurs vésicales devenant continuelles, le malade dut se décider à m'appeler.

Au toucher rectal : prostate volumineuse, tendue, également sensible dans tous les points. Cathétérisme très facile avec une sonde n° 19. Evacuation des caillots qui séjournent dans la vessie ; celle-ci supporte et garde 60 centimètres cubes d'eau boriquée. Sonde à demeure. Suppositoires opiacés après lavements évacuants ; régime lacté ; repos absolu au lit.

Le 4 décembre 1896 (le lendemain), l'hématurie diminue d'abondance ; il ne reste plus de caillots dans la vessie. Purgation légère. Continuation des mêmes soins.

Quelques jours après, on put retirer la sonde à demeure. Mais il fut prescrit formellement au malade de n'uriner que par le cathétérisme et de ne tenter aucun effort de miction. Lavage à l'eau boriquée de la vessie deux fois par jour. Evacuation de nombreuses mucosités prostatiques purulentes. Les testicules sont revenus à l'état normal. La santé générale est bonne.

Le 21 décembre 1896, la prostate est encore volumineuse, mais peu sensible, irrégulière, remplie de grosses dilatations glandulaires qui s'effacent incomplètement sous la pression du doigt. Les mucosités s'écoulent en petite partie au méat et surtout refluent dans la vessie. Les urines contiennent de ce fait un dépôt très abondant ; acides lors de l'émission, elles deviennent rapidement alcalines et fétides. Besoins d'uriner toutes les deux heures et demie ou trois heures. Etat général bon ; mais douleurs dans les membres inférieurs. Le cathétérisme régulier est maintenu.

Le 20 janvier 1897. Le malade se lève depuis la fin de décembre 1896. Il se sonde régulièrement, évite la constipation, surveille son régime alimentaire et ne se plaint que de n'être pas autorisé à chercher à uriner seul. Le toucher de la prostate montre que celle-ci contient encore de volumineuses dilatations glandulaires. Mais la prostatomégalie ne diminue en rien.

Le 15 février 1897, le malade ne peut introduire aucune des sondes dont il se sert d'ordinaire ; il a cependant passé peu de temps auparavant la bougie n° 20 sans difficultés. Ne pouvant résister au besoin, il urine seul ; les urines sont claires ; il n'y a pas de sang. La prostate examinée ce même jour ne diminue nullement de volume ; mais elle prend une consistance ferme générale.

Le 23 avril 1897. Il écrit qu'il va de mieux en mieux, bien que souffrant des pieds et d'une pesanteur continuelle à l'anus avec procidence d'hémorrhoïdes pendant la défécation. Il se sonde toujours pour uriner. Les urines sont assez claires. La prostate reste très volumineuse et devient plus régulièrement ferme. La compression ne chasse aucun liquide au méat.

Dans le courant de juin 1897, le cathétérisme avec la sonde molle devint souvent difficile. Mais jamais d'orchite et toujours des urines assez claires. La nuit il y a de l'incontinence presque continuelle dans le décubitus horizontal. Ce phénomène se montre pour la première fois (et il persista jusqu'à la fin). L'état général et local (écrit le malade le 7 juin) est meilleur que jamais depuis six mois. Il demande à uriner sans la sonde.

La prostate étant reconnue uniformément ferme avec de grosses bosselures peu distinctes, insensibles à la pression modérée du doigt, les besoins d'uriner étant peu accusés, suffisamment espacés le jour et la nuit remplacés par de l'incontinence (nullement modifiée d'ailleurs par le cathétérisme), j'autorise M.X ... a uriner seul, ce qu'il fait sans difficulté ni effort. Toutefois, il ne vide pas sa vessie et une fois par jour, au minimum, il devra faire un sondage et un lavage à l'eau boriquée.

Je reçus de temps en temps des nouvelles relativement bonnes de M. X... Son état restait tel : incontinence nocturne ; trop plein vésical facilement expulsé le jour par des mictions volontaires ; urines claires ; appétit bon ; sommeil troublé par les douleurs dans les pieds et des douleurs à l'anus, dont les hémorrhoïdes sortent au moindre effort et ne rentrent jamais complétement. Cependant la raideur musculaire faisait des progrès ; le malade se levait de moins en moins ; sa prostate, examinée en janvier 1898, est très grosse, très ferme, irrégulière, mais nullement sensible ; pas d'adénites inguinales.

Dans les premiers jours de mars 1898, l'état général décline rapidement. La langue se sèche ; les forces faiblissent ; les urines sont un peu troubles, acides cependant, de quantité anormale (près de trois litres) ; mais il en est ainsi depuis plus d'un an et le lait constitue actuellement la seule nourriture du malade. M. X... qui a toute sa lucidité d'esprit, comprend la gravité des accidents et cependant ne manifeste aucune inquiétude. Les muscles du tronc, de la nuque sont tellement raides, les autres si affaiblis, que tout mouvement est presque impossible. Il souffre beaucoup des pieds et de l'anus. Pas d'hyperthermie constatée. Aucun phénomène vésical. Somnolence habituelle.

La mort survint quelques jours après. Il n'y eut pas de nécropsie.

L'observation précédente, bien que longue, est malheureusement encore écourtée à certains points de vue ; mais je voulais seulement montrer l'évolution chez un même malade d'un rétrécissement uréthral et d'une hypertrophie prostatique, l'infection de l'appareil urinaire, intense et chronique d'emblée, ayant en somme persisté de 1850 à 1898 et entraîné à la longue la mort du malade.

Il est encore, à mon sens, prématuré d'affirmer que le gonocoque peut seul déterminer la formation des rétrécissements et de nier ce pouvoir aux autres micro-organismes rencontrés dans les urétrites ; c'est là une question à réserver encore.

Je remercie mes collègues d'avoir bien voulu, à l'occasion de mes quelques paroles, aborder un sujet aussi complexe encore, mais aussi intéressant.

BIBLIOGRAPHIE

Les victimes du lait et du régime lacté, par le Dr G.-Henri Meunier, de Calais, ancien interne des hôpitaux de Paris. Paris, Société des éditions scientifiques, 1898.

Dans ce volume très intéressant, M. Meunier a réuni tous les méfaits attribuables au régime lacté. Trop souvent le lait est prescrit d'une façon banale, par manière d'acquit et dans les conditions les plus disparates. Le travail de notre auteur lutte contre cette tendance et nous rappelle à des indications plus précises, tout en prévenant malades et médecins contre un enthousiasme irréfléchi à l'égard du régime lacté.

C'est d'abord chez les enfants que le lait ferait de nombreuses victimes, si l'on s'en rapporte à la disproportion qui existe entre la mortalité et la morbidité dans les premières années de la vie. Il nous semble cependant que la mortalité si considérable qui atteint le jeune âge dépend bien plutôt de l'alimentation irrationnelle que de l'usage seul du lait, quoique nous ne soyons pas du tout portés à l'innocenter. Plus tard à l'âge adulte, le lait ferait dans le monde des malades, toutes proportions égales, autant de victimes que l'abus de l'alcool et du tabac, non pas seulement par l'abus et la mauvaise qualité du lait, mais par suite même de son simple usage à dose modérée dans les conditions où il est préjudiciable à la déjection et à la nutrition.

Et d'abord il importe de s'assurer de la bonne qualité et de la bonne composition du lait. Or, sur ce dernier point, on est loin d'être en progrès, malgré la production considérable du lait dans ces dernières années, et sans doute, comme le fait remarquer M. Meunier, parce que la production du lait est devenue une industrie mal dirigée, une sorte d'exploitation sans remarquer la détestable qualité que donne au lait l'alimentation industrielle que reçoivent les vaches. Bon nombre d'accidents sont dus précisément à cette mauvaise qualité du lait, avant même qu'il soit sorti du pis de la vache, d'autres seront dus aux germes infectieux que le lait récèle, d'autres encore à la quantité exagérée de lait ingérée ou à son ingestion à contre-sens.

L'auteur donne ainsi un certain nombre d'observations dans lesquelles le lait a produit des accidents plus ou moins sérieux. Dans quelques pages il trace d'ailleurs le tableau de la diarrhée et de la gastro-entérite des jeunes enfants et le traitement de la gastro-entérite infantile. Il nous montre aussi comment on doit diriger la cure de lait et insiste sur ce fait sur lequel on n'a guère appelé l'attention jusqu'ici, c'est que le lait doit subir une certaine digestion buccale par suite de l'action de la salive, et que pour ce faire, le lait doit être pris lentement à l'aide d'un chalumeau. Un autre avantage de cette méthode digestive est que le lait n'arrive pas froid dans l'estomac, cette circonstance a son importance surtout dans les cas où le lait est prescrit contre les affections gastriques. Un autre point important est que le lait ne doit pas servir indifféremment de véhicule pour certains médicaments. Il en est ainsi des vermifuges et du calomel en particulier qu'on a tort de donner dans du lait, il en est de même de l'huile de ricin.

Quelque exagérée, voire paradoxale que puisse paraître la thèse de M. Meunier, il est certain que dans beaucoup de cas le régime lacté est appliqué sans discernement, soit sur un conseil banal, soit que le malade a l'idée de se mettre au régime du lait ; cette manière de faire a beaucoup d'inconvénients : un bon point à M. Meunier pour nous l'avoir montré.

L. J.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement des affections nerveuses gonorrhéiques, par Max Kahane (*Wien. Med. Wochensch.* 6, 98). — On sait qu'un grand nombre d'affections du système nerveux central ou périphérique peuvent survenir à la suite de l'infection blennorrhagique. Existe-t-il un traitement uniforme pour ces affections? M. Kahane estime avec raison que le traitement de chacune des complications nerveuses de la blennorrhagie est le même que celui de la maladie nerveuse, en dehors de cette cause spéciale. Une méningite, une myélite, une névrite doivent être traitées d'après les principes généraux du traitement de ces maladies. Dans la méningite on emploiera ainsi la vessie de glace, les dérivatifs, les préparations iodées; dans la myélite on s'attachera à empêcher le décubitus et s'il existe de la paralysie du sphincter on évitera l'infection des voies urinaires ; dans quelques cas les frictions mercurielles ont donné de bons résultats, dans l'atrophie musculaire l'électricité et le massage sont employés d'après les mêmes indications, etc. On ne peut employer ici un traitement spécifique comme dans les affections nerveuses causées par la syphilis ; l'action favorable du traitement mercuriel et ioduré tient ici comme ailleurs à l'influence régressive qu'il exerce sur le processus inflammatoire. Cependant, dans toutes ces maladies, il faut diriger son attention sur la maladie causale, la blennorrhagie. On sait que c'est lorsque cette maladie est négligée que les complications surviennent dans les organes éloignés et que très souvent les complications se produisent au moment des exacerbations de la blennorrhagie. Lorsque donc on remarque une relation entre cette dernière et les affections nerveuses qui se développent, il faut traiter avec plus d'activité encore la blennorrhagie.

D'ailleurs les affections nerveuses consécutives à la blennorrhagie sont excessivement rares étant donnée la fréquence de cette dernière. Leur pathogénie a été bien élucidée et il faudra rechercher si ces affections sont dues au gonocoque, à ses toxines ou à une infection mixte. L'hypothèse d'une affection blennorrhagique du système nerveux est parfaitement plausible puisque le gonocoque peut provoquer une infection générale de tout l'organisme qui est la pyémie gonococcienne. La méningite, la myélite, la névrite peuvent être causées par une infection métastatique ou se propageant par contiguïté. Le gonocoque, ainsi que l'a démontré Wertheim, ne reste pas toujours limité à la surface des muqueuses, il peut pénétrer dans le tissu conjonctif sous-muqueux, provoquer des inflammations suppuratives dans les cavités séreuses, enfin des phlébites en pénétrant dans les veines, ces phlébites expliquent la pyémie.

Les affections nerveuses observées dans la blennorrhagie n'ont d'ailleurs aucun caractère spécifique et pour admettre une relation avec celle-ci il faut exclure toute autre cause de lésion nerveuse. Très souvent ces affections nerveuses dans ces conditions sont précédées d'une arthrite blennorrhagique, ce qui a fait attribuer à certains auteurs les syndrômes à l'arthrite et non à l'infection blennorrhagique. Mais cette arthrite préalable n'est pas nécessaire, et l'affection nerveuse, qu'il y ait ou non arthrite, doit être considérée comme l'expression d'une infection générale.

En résumé le chapitre des affections nerveuses dans la blennorrhagie est à peine ébauché et il reste encore beaucoup de recherches à faire pour élucider leur pathogénie qui apportera sans doute certaines modifications dans leur traitement. L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 mai 1898. — Présidence de M. Wolf.

De la création de nouvelles articulations entre des os normalement indépendants. — M. Ollier. J'ai, à plusieurs reprises, entretenu l'Académie des moyens chirurgicaux de refaire les articulations altérées par une cause pathologique ou traumatique. J'ai fait connaître la méthode générale qui m'avait permis, dans ces divers cas, d'obtenir des néarthroses régulières, et j'ai exposé les faits physiologiques sur lesquels cette méthode était fondée Mon but avait été alors de démontrer qu'on pouvait obtenir des néarthroses de même type que les articulations enlevées.

Je viens aujourd'hui envisager la question des néarthroses à un autre point de vue et montrer qu'on peut aller plus loin dans la réfection des articulations. On peut, en effet, établir des articulations, à la fois solides et mobiles, entre des os qui normalement sont indépendants ou, du moins, ne s'articulent pas entre eux. En les fixant l'un à l'autre et en conservant non seulement les tissus qui doivent assurer leur union, mais tout ce qui reste des muscles qui faisaient mouvoir l'ancienne articulation, on peut obtenir une néarthrose régulière, entourée d'une musculature assez puissante pour la faire fonctionner activement. C'est ce que je vais démontrer par le fait suivant : en fixant à la clavicule la diaphyse humérale, privée de son extrémité supérieure, j'ai rendu au bras sa force et ses fonctions. Non seulement la tête humérale n'existait plus, mais la totalité de l'omoplate avait été enlevée, de sorte qu'il était tout à fait impossible de faire reconstituer une articulation scapulo-humérale. Le membre supérieur ne tenait au tronc que par des parties molles. Si la main et l'avant-bras pouvaient encore rendre quelques services, le bras, pendant le long du tronc et sans soutien osseux, tendait à s'abaisser de plus en plus. De l'ancien squelette de l'épaule, il ne restait que la clavicule, dont l'extrémité externe, soulevée en haut par le trapèze, avait perdu tout rapport avec l'humérus. Entre cette extrémité saillante de la clavicule et le bout supérieur de l'humérus, on voyait une dépression profonde qui se trouvait juste au point où aurait dû exister la saillie du moignon de l'épaule. Il y avait une distance de 7 cm. entre la clavicule et le bout supérieur de l'humérus, qui se perdait au milieu du tissu cicatriciel, recouvert par le deltoïde atrophié et ramassé vers son attache humérale. Malgré un appareil prothétique qui soutenait le coude et le fixait contre le tronc, le malade ne pouvait se servir de son bras pour un travail manuel quelconque, bien que les contractions de la main et des doigts pussent s'exécuter avec force dans ces conditions. C'est alors que je pensai à établir une articulation entre la clavicule et le bout flottant de l'humérus. Voici les détails essentiels sur l'origine de la lésion et les moyens par lesquels j'ai pu y remédier :

Il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans en 1893, qui avait été blessé au siège de Metz, en 1870, d'un coup de feu à l'épaule. La plaie mit sept mois à se cicatriser; la guérison arriva après l'élimination de plusieurs esquilles; jusqu'en 1883 la plaie resta fermée ; mais à ce moment elle se rouvrit. Pour tarir la suppuration on dut faire, en 1884, la résection de la tête humérale; en 1885, la résection d'une partie de l'omoplate et, en 1890, l'ablation du reste de cet os sous lequel on trouva un fragment de balle. La suppuration cessa alors, mais le membre ne put reprendre ses fonctions, et, comme il n'y avait pas eu de reproduction osseuse, le fragment inférieur de l'humérus resta flottant et s'écarta de plus en plus de la clavicule à laquelle il était uni, seulement en avant, par quelques faisceaux musculaires trop faibles pour s'opposer à l'action de la pesanteur. Il en résulta alors une déformation dont les photographies que je mets sous les yeux de l'Académie donnent seules une idée exacte.

Je vis ce malade pour la première fois en 1893, et, après quelques essais infructueux de prothèse, je pris le parti de fixer l humérus à la clavicule et d'entourer les extrémités rapprochées de ces deux os de ce qui restait des muscles scapulaires. L'opération fut pratiquée le 23 décembre 1893. J'eus beaucoup de peine à dégager le bout de l'humérus des tissus cicatriciels qui l'entouraient. Cette extrémité atrophiée se terminait en pointe. Je dus en retrancher 12 mm. à 15 mm. dans le but d'avoir une surface assez large pour être adaptée à la face inférieure de la clavicule que j'avais préalablement avivée, en écartant le périoste en avant et en arrière. Je conservai d'autre part la gaine périostique de la portion de l'humérus que je dus réséquer, et non seulement je mis en rapport les surfaces osseuses, mais les portions périostiques, afin d'augmenter la solidité de la

soudure. Je fixai l'humérus à la clavicule par deux anses de fil de platine qui sont encore en place. Si j'avais obtenu une soudure osseuse (ce que j'avais espéré au début), les mouvements se seraient passés dans l'articulation sterno-claviculaire ; mais la soudure est restée fibreuse et l'humérus, quoique en rapport exact avec la clavicule, jouit de mouvements assez étendus dans tous les sens, et surtout dans le sens antéro-postérieur.

Je me préoccupai tout particulièrement de la reconstitution des attaches musculaires ; je dégageai le deltoïde de ses adhérences cicatricielles et je le suturai en plusieurs points au trapèze, de manière à en former un muscle digastrique. Et là où le trapèze manquait, se perdant dans les cicatrices confuses ou n'étant pas abordable, je fixai le deltoïde au périoste et aux couches fibreuses parostales recouvrant l'extrémité saillante de la clavicule. Je rétablis, en outre, autant que possible, en les rapprochant par la suture, les rapports des autres muscles scapulaires, de manière à doter les nouvelles articulations d'une musculature rappelant celle de l'articulation scapulo-humérale.

L'opération date aujourd'hui de quatre ans et demi, et voici quel en a été le résultat :

Malgré les délabrements que je dus faire pour retrouver les extrémités osseuses et les débris musculaires confondus au milieu du tissu cicatriciel, les suites opératoires furent très simples : pas de température ; le premier pansement ne se fit qu'au dix-huitième jour. Le membre fut maintenu immobilisé par une attelle plâtrée pendant quatre mois, puis laissé en liberté. A ce moment on pouvait croire à une synostose entre les deux os suturés, mais bientôt il s'établit une certaine mobilité qui alla en augmentant à mesure que le malade se servait de son membre, et, aujourd'hui, il y a une véritable articulation solide et activement mobile, mobile surtout dans le sens antéro-postérieur. Les fils métalliques n'ont pas été enlevés, bien qu'ils ne supportent plus l'humérus relié à la clavicule par d'épais trousseaux fibreux ; mais tant qu'ils n'occasionnent ni douleur ni inflammation, il n'y a pas d'inconvénient à les laisser en place. Les deux os sont tellement bien fixés que l'opéré peut soulever de terre les mêmes poids que du côté opposé ; il est devenu beaucoup plus fort de l'avant-bras, et, pour le bras, il exécute des mouvements énergiques d'abduction parfaitement explicables par la réinsertion du deltoïde sur la clavicule, tout autour de son extrémité externe.

Grâce au poids du bras qui lui est immédiatement attaché, la clavicule s'est abaissée et se trouve aujourd'hui au niveau de celle du côté opposé. La dépression sous-claviculaire est remplacée par un relief deltoïdien très marqué. Malgré les cicatrices qui sillonnent le nouveau moignon de l'épaule en avant et en arrière, on sent se contracter, dans les divers mouvements, les muscles scapulaires, dont l'action est cependant très affaiblie, à cause des suppurations antérieures ; mais cependant, grâce à leur réinsertion sur l'extrémité humérale, ces muscles contribuent aux mouvements utiles que le bras peut exécuter.

En résumé, grâce à la néarthrose qui s'est établie entre la clavicule et l'humérus, la situation de notre opéré s'est considérablement améliorée au point de vue orthopédique et fonctionnel. Le moignon de l'épaule a été reconstitué. Les muscles réinsérés (le deltoïde en particulier), agissent efficacement sur la néarthrose. Depuis l'opération le sujet n'a plus eu besoin d'appareil de prothèse, et il se sert de son membre pour tous les usages de la vie. Il porte la main sur la tête, sur l'épaule droite, en arrière sur la fesse droite, croise les bras, etc., autant de mouvements qu'il ne pouvait faire avant l'opération que nous lui avons pratiquée.

Nous avons pu donc établir, entre l'extrémité externe de la clavicule et l'humérus privé de son renflement supérieur, une néarthrose régulièrement constituée, solide et mobile, qui permet au bras de se contracter énergiquement. Au lieu d'une articulation scapulo-humérale, au rétablissement de laquelle on ne pouvait songer à cause de la perte totale de l'omoplate, nous avons une articulation cléido-humérale qui en tient lieu. Grâce à la réinsertion du deltoïde sur la clavicule et à la réimplantation de ceux des muscles scapulaires qui n'avaient pas été trop altérés, nous avons autour de cette articulation cléido-humérale approximativement la même musculature qu'autour de l'articulation scapulo-humérale primitive. Une fois réinsérés, ces muscles atrophiés et à peu près sans usages ont plus ou moins repris leur action.

Le deltoïde, surtout, est particulièrement intéressant à ce point de vue. Ramassé sur lui-même, autour du bout flottant de l'humérus, il a pu être remonté et régulièrement réinséré au pourtour de l'extrémité saillante de la clavicule. Aussi le moignon de l'épaule s'est-il reformé, et, comme on le voit par la comparaison des photographies représentant le sujet avant et après l'opération, un relief sous-claviculaire a remplacé la dépression profonde qu'on constatait autrefois.

Ce résultat a été sans doute obtenu en suivant les règles générales pour la formation des néarthroses que j'ai depuis longtemps établies, mais j'ai dû y ajouter un nouveau principe, d'une importance capitale au point de vue fonctionnel : c'est la réinsertion des muscles sur des points favorables à leur action sur la nouvelle articulation. Dans les résections habituelles on n'a qu'à conserver les muscles préexistants ; dans les néarthroses créées de toutes pièces, il faut leur trouver d'autres insertions.

Si, dans le cas présent, je n'avais pas trouvé de point d'appui sur la clavicule, j'aurais eu la ressource d'essayer de fixer l'humérus aux côtes correspondantes. Cette néarthrose costo-humérale eût été sans doute dans des conditions très défavorables. Elle eût permis de donner plus de fixité au bras, mais il eût été impossible de réinsérer les muscles scapulaires dans des conditions favorables à leur action.

Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie. — M. Arloing.

Sur la diméthylpipérazine et quelques combinaisons phénoliques de cette base. — MM. P. Cazeneuve et Moreau.

Influence de l'asphyxie sur la teneur du sang en oxyde de carbone. Production d'oxyde de carbone dans l'organisme. — M. Maurice Nicloux. — *Conclusions.* — Des faits actuellement connus, ainsi que des expériences qui font l'objet de cette Note, on peut tirer les conclusions suivantes :

Le sang renferme un gaz combustible (N. Gréhant). Ce gaz contient de l'hydrogène, du formène (N. Gréhant), de l'oxyde de carbone (L.-G. de Saint-Martin) ; je crois avoir montré que ce dernier gaz ne vient pas de l'air, mais serait un composé élaboré normalement par l'organisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juin 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprend une lettre de M. Benjamin Anger qui se porte candidat dans la section de pathologie chirurgicale.

Résection du sympathique cervical dans le glaucome — M. Panas lit un rapport sur le travail de M. Jonnesco et termine par les conclusions suivantes :

A part l'observation 4, le reste est en trop petit nombre et les résultats sont trop récents pour qu'on puisse dès à présent accepter la sympathicectomie dans le traitement du glaucome, que celui-ci soit aigu, subaigu ou chronique simple.

Élections. — L'académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux dans la première division.

Pour la première élection, sur 72 votants, majorité 37, M. A. Marvaud (de Toulouse) est élu au premier tour par 45 voix contre 14 données à M. du Cazal (de Nice), 4 à M. Brunon (de Rouen), 3 à M. Coyne (de Bordeaux), 3 à M. Monniez (de Lille) et 3 à M. Vincent (de Brest).

Pour la deuxième élection, sur 75 votants, majorité 38, M. du Cazal est élu par 39 voix contre 16 données à M. Monniez, 11 à M. Vincent, 4 à M. Brunon, 4 à M. Coyne et 1 bulletin nul.

Carpus curvus. — M. Pierre Delbet présente à l'Académie des moulages d'une déformation peu commune du poignet. La main est déplacée dans son ensemble comme s'il existait une luxation du carpe en avant. Quand on examine la face postérieure du poignet, on est frappé de la saillie considérable de la tête du cubitus. Elle a visiblement perdu ses connexions normales avec le pyramidal. Le pisiforme est remonté au-dessus de l'extrémité inférieure du cubitus. Du côté du radius, il n'y a point de saillie, mais un talus en pente douce qui descend de l'avant-bras au carpe sans transition brusque. L'épaississement du poignet est moindre de ce côté; la surface articulaire du radius n'est pas accessible comme l'est celle du cubitus. Elle n'a pas perdu ses connexions avec le scaphoïde et le semi-lunaire, mais elle est incurvée en avant. D'après l'analyse de la déformation, d'après les résultats de l'ostéotomie et d'une radiographie, je pense qu'il n'y a ni luxation, ni fracture, mais incurvation simple du radius.

J'ai trouvé au musée Dupuytren une pièce présentant une déformation identique. J'ai pu la disséquer et vérifier qu'il n'y avait pas la moindre luxation au niveau du radius ; mais l'extrémité inférieure de l'os est incurvée en avant et en dedans de telle sorte que sa surface articulaire regarde en avant et en dedans. Du côté du cubitus la luxation est complète.

Je pense que l'incurvation du radius est le phénomène primitif. Cet os entraîne avec lui les os du carpe, ce qui produit la luxation pyramido-cubitale. En effet, la correction par l'ostéotomie de la déformation du radius corrige immédiatement la luxation du cubitus.

En compulsant les observations semblables j'ai vu qu'il s'agissait toujours de gens jeunes. L'affection débute de 9 à 14 ans sur les filles surtout. Il s'agit donc d'une affection de croissance comme la scoliose, le genu valgum, et certaines formes de tarsalgie. Tantôt la déformation progresse pendant trois ou quatre ans sans atteindre un degré très notable, tantôt elle devient énorme en six mois. On pourrait donc décrire une forme aiguë et une forme chronique.

Comme la lésion est calquée sur celle du genu valgum, je propose de l'appeler « carpus curvus ». Quand la déformation est très accentuée, il est indiqué de recourir à l'ostéotomie. Celle-ci permet de corriger presque absolument la déformation et les inconvénients fonctionnels qui en résultent.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. Landouzy demande que l'Académie prenne les deux résolutions suivantes :

1° Publier sur la tuberculose un livre bleu, mettant la question au point, indiquant ce qui a été fait, ce qui reste à faire. Ce livre serait adressé aux pouvoirs publics, aux hauts fonctionnaires de l'Administration.

2° Des instructions simples et précises, tirées à 100.000 exemplaires, seraient répandues à profusion, envoyées à tous les maires, à tous les instituteurs. Elles indiqueraient les précautions à prendre contre la tuberculose en expliquant et paraphrasant cetteformule :

Jamais on ne doit cracher ailleurs que dans les crachoirs.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy, sur les titres des candidats à la place vacante d'associé étranger. Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant :

En 1re ligne : M. Barella, de Bruxelles. En 2e ligne : M. Petrini, de Galatz. En 3e ligne : M. Patrick Manson de Londres. En 4e ligne : M. Beausoleil, de Montréal.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 juin 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Maladie polykystique des reins. — M. Ferrand rapporte l'observation d'une femme de 50 ans, chez laquelle, on avait pensé de son vivant à des kystes hydatiques multiples; mais une ponction était restée négative. Il n'existait pas de symptômes d'affection rénale ; les urines ne renfermaient d'albumine que par intervalles et seulement des traces insignifiantes.

A l'autopsie on vit que les reins étaient transformés chacun en une masse volumineuse, bourrée de kystes, mesurant 28 cent. de hauteur et 14 de largeur : la substance rénale était conservée en partie, on la trouvait, au microscope, disséminée entre la poche kystique, ce qui explique l'absence de symptômes urinaires (la malade est morte d'une affection intercurrente). Le foie renfermait, lui aussi, quelques kystes de petit volume; les ovaires étaient également kystiques. Cette dissémination des lésions kystiques pouvait peut-être éveiller l'idée d'une affection parasitaire frappant essentiellement les reins, accessoirement le foie.

Gangrène pulmonaire latente chez un vieillard inanitié. — M. Rendu vient d'observer une gangrène pulmonaire apparue insidieusement, puis évoluant sans aucun symptôme révélateur, chez un vieillard de 73 ans, inanitié, végétant depuis longtemps dans une noire misère.

Arrivé cachectique et anémié dans le service, il s'était remonté grâce à une alimentation progressivement subs-

tantielle, et il paraissait aller bien quand, au bout de quinze jours, son état général devint mauvais, un peu de fièvre apparut, des taches de purpura se montrèrent surtout sur le tronc et sur les membres supérieurs, et on assista au développement d'une pleurésie de la base droite. Celle-ci augmentant peu à peu et refoulant le foie, M. Rendu fit une ponction évacuatrice et retira un liquide citrin inodore renfermant quelques hématies. Les jours suivants le malade devint de plus en plus somnolent, la respiration parut obscure dans une grande partie du poumon, et la mort survint. A l'autopsie on constata : 1° une broncho-pneumonie disséminée avec une bronchite purulente, surtout marquée à la base droite ; 2° à la partie inférieur du lobe inférieur droit, un foyer de gangrène circonscrit du volume d'une noix, sans thrombose des vaisseaux avoisinants : cette cavité était pleine d'un pus fétide riche en microbes divers qui n'ont pas été déterminés. Le foyer gangréneux était sous-pleural, mais ne communiquait pas à la plèvre : seulement celle-ci était sphacélée sur une petite étendue, et à ce niveau existait un caillot purulent et fétide occupant une loge isolée qui s'était formée autour de lui dans la cavité pleurale ; 3° la plèvre droite renfermait en outre un épanchement d'un litre de liquide citrin non putride ; 4° le foie avait les lésions habituelles du foie infectieux et l'endocarde offrait quelques végétions ; 5° enfin la plupart des organes présentaient des lésions atrophiques dues à la sénilité et à l'inanition : il y avait de vieilles lésions de méningite scléreuse.

L'évolution des phénomènes morbides doit être conçue de la manière suivante : infection pulmonaire devenant rapidement grave chez un vieillard cachectique, et créant une broncho-pneumonie bilatérale ; l'un des nodules broncho-pneumoniques se sphacèle ; à son voisinage la plèvre réagit par enkystement d'un caillot putride et par développement d'une pleurésie banale. Enfin, l'agent infectieux pénètre dans la circulation sanguine et se localise sur l'endocarde.

A aucun moment le malade n'a eu de symptômes pouvant faire penser à une gangrène pulmonaire ; il n'a ni point de côté, ni toux, ni expectoration putride ; la dyspnée a été insignifiante, la fièvre est restée peu intense, la langue n'est pas devenue sèche ; les seuls phénomènes appréciables ont été l'abattement et la somnolence avec affaiblissement progressif et l'apparition d'une pleurésie banale non putride.

Il est intéressant de voir qu'une broncho-pneumonie septique, suffisamment virulente pour arriver au sphacèle d'un des foyers et pour entraîner une infection sanguine, peut, chez un vieillard inanitié et cachectique, demeurer absolument latente.

Parotidite double survenue à la suite d'une application cutanée de teinture d'iode. — MM. L. Rénon et R. Follet. Nous venons d'observer un malade atteint d'une parotidite double qui nous paraît relever de l'action toxique de l'iode sur les glandes salivaires.

Cet homme, âgé de 51 ans, s'était appliqué une couche de teinture d'iode sur la poitrine pour traiter une toux légère qu'il présentait depuis quinze jours. Le lendemain, cette région devint rouge, douloureuse et œdématiée et, le surlendemain, la parotide gauche s'hypertrophiait et devenait dure, rouge, douloureuse à la pression ; la parotide droite se prenait à son tour trois jours après.

Cette fluxion parotidienne, survenue au cours d'un accident d'iodisme cutané aigu, est-elle sous la dépendance d'un effet toxique de l'iode ou sous celle d'une atteinte simultanée d'oreillons ? Après une revue minutieuse de tous les signes cliniques présentés par le malade, et qu'on peut, pour la plupart, rencontrer dans les deux affections, l'existence de la plaque cutanée irritée par l'iode nous fait accepter l'hypothèse d'une parotidite iodique, bien que nous ayons cherché, sans résultat, l'iode dans la salive et dans l'urine : mais cet examen a été fait tardivement.

L'état de la muqueuse buccale du malade, chiqueur de longue date, ayant des dents en très mauvais état et atteint d'angines fréquentes, a joué un rôle singulièrement prédisposant.

Si les cas de parotidite iodique causée par l'iodure de potassium ne sont pas rares (cas de Comby et Villar, de Balzer, de Regnier, de Renault et Salmon), il n'en est pas de même de ceux dus à l'iode, car nous n'avons relevé qu'un cas de Guelliot où l'injection de teinture d'iode dans une hydrocèle fut suivie d'un gonflement parotidien de peu de durée.

M. Le Gendre, en donnant à des rhumatisants chroniques de la teinture d'iode à dose élevée, jusqu'à l'apparition du premier phénomène d'intolérance, a vu, à plusieurs reprises, les malades se plaindre de vives douleurs parotidiennes, sans gonflement d'ailleurs ; ces faits montrent que l'iode a une action certaine sur les glandes parotides et légitiment par conséquent l'interprétation que M. Rénon propose du cas qu'il a observé.

De l'état moniliforme des nerfs dans la syringomyélie. — MM. Jeanselme et Sainton, rapportent l'autopsie d'un malade syringomyélique atteint de panaris chroniques chez lequel on avait constaté l'état moniliforme du nerf cubital, ce qui avait fait penser à la lèpre. L'examen nécroscopique démontra que c'était là une apparence due à l'accolement au nerf d'une chaîne lymphatique engorgée, constituée par plusieurs ganglions sus-épitrochléens hypertrophiés réunis par un cordon fibreux.

Cette autopsie confirme les cas rapportés par M. Jeanselme à la séance précédente et montre combien il faut faire de réserves au point de vue de l'interprétation du signe fourni par l'état apparent des nerfs dans la maladie de Morvan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juin 1898. — Présidence de M. P. Berger.

Hématurie de cause rénale. — M. Nimier rapporte des faits où l'intervention chirurgicale dans des cas de néphrite par congestion rénale ne pouvait qu'être nuisible. Il faut donc avec le plus grand soin faire le diagnostic et savoir que si le résultat n'est pas défavorable, ce n'est point un argument pour choisir la méthode interventionniste.

M. Routier. Je rapprocherai les faits de M. Nimier de ceux que j'ai antérieurement présentés à la Société de chirurgie et dans lesquels les reins absolument sains donnaient lieu à un écoulement sanguin abondant. Un de mes faits s'est terminé par une guérison absolument inattendue.

M. Potherat. Une malade perdait du sang dans les urines. Le rein droit était gros et bosselé. Je pensai à un néoplasme, et la néphrectomie fut décidée. L'incision lombaire montra un rein bosselé, et je l'enlevai. Il n'y avait pas de néoplasme, mais la substance corticale était congestionnée. Pendant 4 jours il y eut une anurie presque complète. J'administrai 3 gr. de théobromine. Les urines réapparurent mais diminuèrent ensuite et la malade succomba avec tous les symptômes d'anurie presque absolue.

Un second cas a trait à une jeune femme du Berry atteinte d'hématurie. Les reins ne sont pas augmentés de volume. Pas de douleurs spontanées vers les reins. La cystoscopie montra que l'hématurie venait du rein droit. Etant donné l'état grave, je pensai à une néphrectomie, mais des tentatives de cathétérisme uréthral firent cesser toute hématurie et la malade reste guérie.

M. Gérard-Marchand cite le fait d'un malade dont les hématuries dues à de la tuberculose rénale, furent traitées par la néphrotomie, et chez lequel celle-ci fit cesser tout phénomène douloureux.

M. Reynier. Dans trois cas j'ai fait la néphrotomie pour hématurie et dans les trois cas j'ai trouvé de la tuberculose.

Deux nouvelles observations de cholédochotomie sans sutures. — M. Quénu. La proportion des guérisons est plus grande dans les cholédochotomies sans sutures que dans celles avec sutures. Il suffit donc d'ouvrir le cholédoque et de le laisser largement drainé.

Deux observations de cholédochotomie. — M. Routier Il s'agit de deux cas de calculs du cholédoque. Dans l'un je ne pus faire une opération complète et le malade succomba. Dans l'autre je pus ouvrir largement et en laissant drainer le malade guérit.

Cholédochotomie avec drainage du cholédoque. — Présentation du malade par M. Schwartz.

Hernie inguinale étranglée. Résection de l'intestin. Guérison. — Présentation du malade par M. Bonamy.

Macrostomie. Autoplastie. Guérison. — Présentation du malade par M. Michaux.

F. Verchère.

MEMENTO PRATIQUE

De la révulsion et des émissions sanguines en thérapeutique oculaire par le Dr H. Coppez, de Bruxelles, (*Société belge d'ophthalmologie*). — Au commencement de cette année, le Dr A. Robin a voulu réhabiliter, à l'Académie de médecine de Paris, les vésicatoires et la saignée.

Or si la révulsion et les émissions sanguines ont perdu, en pathologie générale, beaucoup de partisans dans le domaine ophthalmologique, certains praticiens, et non des moins expérimentés, demeurent obstinément fidèles à ces moyens dits antiphlogistiques. M. Panas a hautement vanté les bons effets des révulsifs à l'Académie de médecine.

M. Fuchs regarde « les soustractions sanguines comme douées d'une efficacité évidente et impossible à méconnaître ». En revanche, M. de Wecker n'emploie jamais ni vésicatoire ni sangsue. Pour moi je considère qu'à y recourir avec discernement, la révulsion et la dérivation rendront des services précieux.

On peut, en thérapeutique oculaire, soustraire le sang de différentes manières, dont chacune a des indications propres : scarifications conjonctivales, canthotomie externe, sangsues, ventouse de Heurteloup.

Les *scarifications conjonctivales* sont surtout recommandables dans la forme grave de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, surtout dans les cas où le traitement n'a pas été institué avec toute la rigueur désirable. La sécrétion est abondante, la tuméfaction palpébrale considérable ; en renversant les paupières, on découvre une hypertrophie papillaire souvent énorme. Les scarifications, pratiquées plusieurs jours de suite, amènent une amélioration rapide. Chevallereau préconise également les scarifications dans l'hyalitis : avec les petits ciseaux courbes, à strabisme, on prend facilement des bourrelets de la conjonctive chémotique, et la section faite sur plusieurs points donne une hémorrhagie assez abondante pour diminuer la tension intraoculaire et les phénomènes douloureux. La douleur provoquée par les scarifications est d'ailleurs très minime et absolument passagère.

La *canthotomie externe* s'adresse surtout aux adultes frappés de conjonctivite blennorrhagique ou de conjonctivite granulaire à poussées suraiguës. La section de l'artère produit un dégorgement presque instantané, et l'agrandissement de l'angle externe permet en même temps de retourner plus aisément la paupière et de porter le caustique jusqu'au fond du cul-de-sac.

Les *sangsues* jouent dans la thérapeutique oculaire un rôle bien plus considérable que les scarifications conjonctivales et la canthotomie externe.

Quel est le siège d'élection pour la pose des sangsues ? Il va sans dire qu'il ne faut jamais les appliquer sur la conjonctive ni sur les paupières. Les endroits d'élection sont la région temporale et l'angle interne de l'œil. En appliquant les sangsues à la région temporale, on agit sur la veine temporale superficielle et, par l'intermédiaire de la circonférence veineuse périorbitaire, sur l'angulaire et l'ophthalmique. En les appliquant, au contraire, à l'angle interne de l'œil, un peu au-dessous du ligament palpébral interne, l'action sur l'ophthalmique sera bien plus immédiate.

Ces considérations, Chevallereau les a déjà émises avant moi dans le *Traité de thérapeutique appliquée* d'Alb. Robin. Mais l'application des sangsues dans l'angle interne de l'œil offre une réelle difficulté.

Chevallereau parle d'une ou deux sangsues. Il semble, en effet, difficile d'en faire tenir plus sur cet espace réduit et vallonné. Mais les auteurs enseignent que si l'on applique des sangsues, il faut y aller *larga manu*. Une ou deux sangsues produisent de l'engorgement et de la congestion, au lieu de la déplétion attendue. En dépit des considérations anatomiques, 4 ou 6 sangsues placées à la tempe seraient donc plus efficaces qu'une ou deux sangsues placée à l'angle interne.

Le lieu d'application des sangsues ne doit-il pas varier selon la maladie oculaire en cause ? Si on se rend un compte exact de la circulation veineuse du globe oculaire, on se persuadera aisément que les sangsues appliquées à l'angle interne ou à la région temporale auront une action déplétive marquée sur les paupières et la conjonctive, moindre sur le tractus uvéal antérieur, moindre encore sur la choroïde, et nulle pour ainsi dire sur la rétine et le nerf optique.

On a essayé d'agir autrement sur la circulation des parties profondes de l'œil, en appliquant les sangsues su

l'apophyse mastoïde. Ce moyen n'est réellement indiqué que si les désordres de l'encéphale se joignent aux lésions de l'œil, dans certaines formes de névrite par exemple.

Mais nous pouvons agir autrement encore sur le réseau vasculaire uvéal et rétinien, en recourant à la *ventouse de Heurteloup*. Celle ci ne se contente pas d'une simple soustraction sanguine; elle exerce un véritable vide, que vient combler le sang des branches veineuses voisines. Cette aspiration fait sentir ses effets au loin sur le trajet des veines ophthalmiques et de leurs collatérales, d'autant plus que la sortie du sang se fait bien plus rapidement. En outre, comme le fait déjà remarquer Fieuzal, la ventouse a une action durable; l'amélioration ne se produit pas immédiatement, mais lentement, et se prolonge longtemps après les applications.

Quelles sont les affections oculaires qui bénéficient le plus des émissions sanguines par les sangsues ou les ventouses ?

Nous avons pu, à la clinique ophthalmologique de l'hôpital Saint-Jean, sauver l'œil d'un homme atteint de conjonctivite blennorrhagique extrêmement grave en lui appliquant tous les jours 6 sangsues, outre, bien entendu, le traitement classique par le nitrate d'argent et les compresses de formol glacées.

Dans l'iritis et la cyclite, dit Fuchs, une large émission sanguine au moyen « de 6 à 10 sangsues placées à la tempe ou au moyen d'une ventouse de Heurteloup peut, dans les cas graves, amener une diminution sensible des phénomènes inflammatoires. Il n'est pas même rare qu'après une pareille émission sanguine, la pupille cède pour la première fois à l'action de l'atropine, tandis que jusque-là elle était toujours restée spasmodiquement contractée. Si l'affection dure longtemps, on peut, quand la chose est nécessaire, encore répéter l'émission sanguine une ou deux fois. »

Les sangsues sont également indiquées dans la choroïdite exsudative, la scléro-choroïdite antérieure, etc. On s'en trouve particulièrement bien dans les traumatismes graves, avec épanchement de sang intra-oculaire, rupture des membres et inflammation consécutive. Une émission sanguine le troisième ou le quatrième jour et répétée le surlendemain produit alors une détente considérable. Mentionnons enfin l'arrêt brusque de certaines iritis post-opératoires (extraction du cristallin) sous l'influence d'une forte soustraction sanguine.

Quant à la ventouse de Heurteloup, Fieuzal la recommande toutes les fois qu'il s'agit de combattre une ophthalmie profonde, capable de déterminer des exsudats et d'aboutir à la sclérose. Ce mode thérapeutique influence très heureusement les chorio-rétinites, les scléro-choroïdites, surtout les formes compliquées d'hémorrhagies. Il donne aussi de bons résultats dans la myopie progressive avec mouches volantes, menace de décollement ou extravasation sanguine à la région maculaire. Il faut faire une application tous les 8 jours, pendant six semaines environ, d'un côté ou des deux à la fois. Le malade doit rester dans l'obscurité presque absolue pendant vingt-quatre à trente-six heures. Si l'application est faite à la clinique, on bande les yeux.

Nous passons à la révulsion. Ici les avis sont encore plus partagés. A l'Académie de médecine de Paris, M. Huchard a été particulièrement dur pour les oculistes révulseurs. Pour M. Valude, « la révulsion en général est utile, mais plus souvent incertaine, désagréable, dangereuse. On doit la remplacer par des agents mydriatiques, myotiques, anesthésiques, antiseptiques ou calmants. On la réservera exceptionnellement pour quelques affections chroniques, externes et profondes du tractus uvéal, de la rétine, du nerf optique et des centres nerveux où les indications locales sont assez vagues et où la thérapeutique habituelle n'a donné que des résultats nuls ou insuffisants. »

Où et comment révulse-t-on ? On peut agir directement sur le globe. Dans les hémorrhagies récidivantes du corps vitré, Chevallereau conseille d'appliquer des pointes de feu au thermo-cautère sur la sclérotique. Cette manœuvre active la résorption du sang et l'éclaircissement des membranes. Elle ne paraît pas indiquée dans les autres cas d'hémorrhagie du corps vitré.

Pour M. Panas, les injections conjonctivales agiraient surtout par révulsion. Je me suis déjà élevé ailleurs contre cette opinion. Ayant pratiqué, selon le conseil de M. Fromaget, des injections très concentrées de cyanure de mercure, une violente réaction s'en est suivie, allant jusqu'à la formation d'une eschare conjonctivale. L'amélioration de l'affection oculaire a été moindre que par la banale injection à 1 p. 100.

La révulsion sur la peau des paupières est parfois utile. A la suite de certaines opérations sur le globe (iridectomie dans l'irido-choroïdite, par exemple), on observe de temps en temps une tuméfaction palpébrale intense, accompagnée de larmoiement et de photophobie. Si l'on badigeonne la peau des paupières avec une solution de nitrate d'argent à 3 p. 100, on obtient en un jour ou deux une amélioration considérable.

Bien plus importante est la révulsion sur la région périorbitaire, en particulier sur le front et la tempe. Cette révulsion s'emploie dans une foule d'affections. Les malades y recourent déjà spontanément. Quand on a les yeux fatigués, congestionnés, on se lotionne le front avec de l'eau de Cologne : c'est le premier degré de la révulsion.

La teinture d'iode en badigeonnages sur la peau du front et des tempes est un excellent moyen de combattre la photophobie chez les enfants atteints de kérato-conjonctivite lymphatique.

Les individus empoisonnés par l'alcool et le tabac se plaignent fréquemment, outre l'amblyopie, de céphalée frontale. On les soulage aisément par des frictions révulsives périorbitaires de baume de Fioravanti, ammoniaque et esprit de lavande. La teinture de vératrine agit comme révulsif dans certains cas de paralysies musculaires.

Je suis moins partisan des vésicatoires appliqués au voisinage de l'œil. Leur emploi est toujours plus ou moins dangereux. Les traces subsistent longtemps ; elles sont désagréables à la vue. Dans la névrite optique cependant, on se trouve bien de vésicatoires volants sur le pourtour de l'orbite.

Quant au cautère temporal et au phlegmon temporal de M. le professeur Panas, je considère ces méthodes comme vraiment trop brutales. Avant d'en arriver là, il faut avoir épuisé toutes les ressources de l'arsenal thérapeutique ophtalmologique.

La révulsion peut également s'opérer sur l'apophyse mastoïde, par de petits vésicatoires volants, du collodion cantharidé, de l'huile de croton. Il faut opérer avec prudence. Parfois la plaie produite peut s'infecter, donner lieu à un érysipèle, amener ainsi la mort. On en connaît des exemples. La révulsion rétro-auriculaire est utile dans les choroïdites

avec flocons nombreux dans le corps vitré, dans les myopies fortes. Elle est moins active que la ventouse de Heurteloup apposée à la tempe, mais elle est, si je puis m'exprimer ainsi, plus portative : moins de douleurs, pas de sang, pas de séjour dans l'obscurité. On se trouvera donc bien dans ces cas d'employer le collodion cantharidé avant d'user de la ventouse.

Les applications de collodion cantharidé sont également recommandables dans les cas de névrite optique en voie d'atrophie, complication de tumeurs cérébrales. J'ai pu ainsi garder à un malade atteint de cette affection une vision suffisante pendant plusieurs mois. Sa cécité n'est devenue complète que quelques jours avant sa mort. Sans la méthode révulsive, je suis convaincu que ce malheureux aurait passé dans les ténèbres les derniers mois de son existence.

Mentionnons enfin le vésicatoire et le séton à la nuque. Ces moyens sont aussi très utiles dans les affections oculaires d'origine cérébrale, les névrites optiques en particulier. Ils sont plus efficaces que le collodion cantharidé derrière l'oreille. Mais le séton est malpropre, gênant, dangereux par les inflammations qu'il peut provoquer (Valude).

On ne prescrit plus guère le vésicatoire entretenu de manière permanente au bras ou à la jambe. Cependant, je connais une dame atteinte de glaucome chronique, qui porte depuis 5 ans un vésicatoire au bras. Chaque fois que la plaie a tendance à se fermer, le glaucome s'aggrave. Ce fait me semble absolument démonstratif de l'utilité de la révulsion.

De l'organothérapie ovarienne en particulier dans le traitement de la chlorose. — Les rapports de MM. Mossé (de Toulouse), de Cérenville (de Lausanne), Gilbert et Carnot (de Paris), au quatrième Congrès français de médecine interne tenu à Montpellier du 12 au 16 avril 1898, ont fait ressortir toute l'importance qu'ont prise en thérapeutique les différents modes d'opothérapie. A côté de la médication thyroïdienne, dont les applications sont aujourd'hui si nombreuses que M. Mossé a dû, pour mettre un peu d'ordre dans leur exposé, établir une véritable classification des états morbides qui relèvent de ce traitement, il faut faire une large place à l'organothérapie *ovarienne*, *orchitique*, *pancréatique*, *surrénale*, *hépatique*, *thymique*, *médullaire*, bien que, pour cette dernière du moins, les résultats soient encore discutés.

Nous voulons aujourd'hui insister plus particulièrement sur *l'organothérapie ovarienne.*

Le professeur Werth (de Kiel) est le premier (1896) qui ait employé l'organothérapie ovarienne contre les accidents qui accompagnent la disparition de la sécrétion de l'ovaire, soit au moment de la ménopause naturelle, soit à la suite d'intervention chirurgicale. Dans huit cas sur dix, il observa une diminution des troubles vaso-moteurs, des douleurs générales, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur, de l'insomnie, des palpitations, du sentiment d'angoisse, qui rendent souvent la femme impotente pour un temps plus ou moins long.

Peu après, F. Mainzer (de Berlin) publiait le résultat de ses recherches sur le traitement organothérapique des troubles fonctionnels consécutifs à l'ovariotomie. Il signalait aussi les bons effets obtenus dans deux cas de ménopause physiologique douloureuse.

Vers la même époque, R. Mond publia des observations analogues, ainsi que quatre cas d'aménorrhée due soit à l'atrophie des organes génitaux, soit à la neurasthénie.

Landau, également en 1896, pour combattre les troubles nerveux qui accompagnent la suppression de la fonction ovarienne à la suite de l'ablation de l'utérus et des annexes, fit ingérer à ses malades du tissu ovarien. Toujours il constata la disparition, au moins momentanée, des accidents.

Depuis, les observations se sont multipliées. Jayle (de Paris), Chrobak (de Vienne), Muret (de Lausanne), Mairet (de Montpellier), Thouvenaint, Jouin, Blondel, Hegar, Knauer, Seeligmann, Gilbert ont publié de nombreux exemples de guérison qui prouvent l'efficacité de la médication ovarienne contre les troubles consécutifs à la ménopause et surtout à la castration chirurgicale.

Il est encore une application de l'opothérapie ovarienne qui semble appelée à un grand avenir ; nous voulons parler du *traitement de la chlorose.*

Les théories nouvelles, proposées pour expliquer la pathogénie de la chlorose, font jouer un rôle prépondérant à la sécrétion interne de l'ovaire. MM. Spillmann et Etienne au Congrès de Nancy (1896), Etienne et Demange au Congrès de Montpellier (1898) ont développé une théorie d'après laquelle, la sécrétion interne normale de l'ovaire ne se faisant pas, il y aurait une auto-intoxication spéciale, une viciation de la nutrition générale, se manifestant par la chlorose, de même que l'insuffisance thyroïdienne se traduit par le myxœdème. Si la chlorose est le résultat de l'insuffisance ovarienne, l'opothérapie ovarienne est le traitement logique de la chlorose. Et en effet la clinique a pleinement confirmé ces vues théoriques : d'une façon constante, chez les malades qui ont été traités par ces auteurs, toutes les manifestations chlorotiques ont très rapidement cédé au traitement.

Von Noorden, dans une monographie parue à Vienne (1897) sur la chlorose, se déclare partisan d'une théorie pathogénique analogue, basée sur l'altération de la sécrétion interne de l'appareil génital.

Des tentatives ont encore été faites, avec un succès d'ailleurs moins éclatant, pour traiter par l'ovaire l'ostéomalacie, les maladies nerveuses et la maladie de Basedow.

La dose employée est assez variable, car on n'observe pas d'intolérance. Elle est en général de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par jour. Mais il est assez difficile de faire ingérer à certaines maladies de l'ovaire cru. Lissac (thèse de Paris, 1896), après avoir montré les résultats merveilleux que donne l'opothérapie ovarienne, particulièrement dans le traitement des troubles consécutifs à la castration, concluait en disant : « L'idéal de cette médication serait atteint par une préparation que la malade pourrait ingérer commodément pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au moment où l'organisme se serait habitué à la ménopause artificielle.

Pour satisfaire à ce désir, M. F. Vigier a appliqué à la substance ovarienne le procédé qu'il a présenté à la Société de thérapeutique pour la conservation du corps thyroïde à l'état frais, et qu'il emploie aujourd'hui couramment pour la préparation des différents organes : *corps thyroïde*, *ovaire*, *testicule*, *capsules surrénales*, *pancréas*, etc. La glande, débarrassée de toutes substances étrangères (graisse, fibres, etc.) est pulpée, puis mélangée à du bi-borate de soude et à du charbon végétal. Ces deux substances anti-putrides n'altèrent pas son action et assurent sa conservation indéfinie. C'est par ce procédé que

sont obtenues les *capsules de corps thyroïde*, les *capsules ovariques, orchitiques, surrénales, pancréatiques.*

Les capsules ovariques, contenant 0 gr. 20 de substance ovarienne, permettent de faire prendre, à l'insu de la malade si on le désire, l'ovaire en nature, c'est-à-dire n'ayant subi aucune modification chimique ou thermique susceptible de détruire tout ou partie de la substance active. Elles ne présentent pas, comme cela arrive quelquefois pour les tablettes et les poudres préparées par dessiccation, les dangers d'une conservation difficile et douteuse, ni, comme les principes dissociés chimiquement et plus ou moins bien définis, l'inconvénient de ne posséder qu'une efficacité partielle qui suffit à expliquer certains insuccès.

Les capsules ovariques ont, sur les extraits glycérinés dont quelques auteurs ont fait usage, cet autre avantage de ne pas provoquer de douleurs comme les injections hypodermiques et d'être beaucoup plus pratiques. Elles sont parfaitement tolérées, et la dose, qui est de 2 à 6 par jour, peut être augmentée sans inconvénient, Mais, en général, des doses plus fortes ne sont pas nécessaires.

Guerder, notamment, rapporte le cas d'une femme qui, arrivée à la ménopause, éprouvait des névralgies, des phénomènes congestifs, des sueurs profuses, des vertiges : deux capsules ovariques de Vigier, soit 0,40 centigr. d'ovaire frais, par jour, firent cesser les troubles après trois jours de traitement; la malade a continué ensuite la médication en prenant deux capsules tous les trois jours, et les accidents n'ont pas reparu.

En résumé, l'organothérapie ovarienne donne des résultats incontestés contre les troubles dus :

1° à la *ménopause physiologique*,
2° à l'*ovariotomie*,
3° à la *chlorose*.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : M. le Dr Fleury, médecin à St-Etienne (Loire), directeur du bureau d'hygiène et de statistique de St-Etienne, directeur du laboratoire municipal, vice-président du conseil d'hygiène, administrateur des hospices, etc., 24 ans de pratique médical ; et M. le Dr Gaillard, médecin-major de 1re classe au 30e régiment d'infanterie.

Faculté de médecine de Paris. — Un congé, jusqu'au 31 octobre 1898, est accordé, sur sa demande, à M. Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale.

Chaires vacantes. — Par arrêtés ministériels, en date du 6 juin 1898, sont déclarées vacantes les chaires :

1° De clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux ; 2° de zoologie de la Faculté des sciences de Nancy ; 3° de cryptogamie de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Ecole de médecine d'Angers. — Par arrêtés ministériels, en date du 6 juin 1898, des concours s'ouvriront le 7 décembre 1898 :

1° Devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers ; 2° devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Angers.

Université de Paris. — Le Conseil de l'Université a pris la délibération suivante :

Le diplôme de docteur de l'Université de Paris est délivré dans les formes prévues par le décret du 21 juillet 1877 et de la délibération du 28 mars 1898, aux étudiants étrangers qui ont obtenu de faire leurs études et de subir leurs examens à la Faculté de médecine de Paris, avec dispense du grade de bachelier.

Le présent règlement sera mis à exécution à partir de l'année scolaire 1897-1898.

Bureaux de bienfaisance. — Le 18 avril s'est ouvert le concours du Bureau de bienfaisance. Sur 80 candidats inscrits, 58 seulement y ont pris part, parmi lesquels un certain nombre d'anciens internes, titulaires ou provisoires, des hôpitaux. 11 arrondissements seulement étaient à pourvoir, cette année. Questions écrites : Accidents de la délivrance (une demi-heure) ; Diagnostic différentiel des exanthèmes dans les maladies fébriles (une heure). 35 points pour cette épreuve, qui est commune à tous les concurrents, et 25 pour l'épreuve clinique, qui est particulière à chaque arrondissement.

Sont nommés :

Pour le	4e	arrondis. : M. Morisse.
—	5e	— M. Darin.
—	7e	— M. Mary.
—	9e	— M. Lapointe.
—	11e	— M. Cange.
—	12e	— M. Dubrueil.
—	13e	— MM. Forestier, Archambault, Biart.
—	15e	— M. Chastanet.
—	17e	— M. Bonnemaison.
—	18e	— MM. Manheimer, Collet, Héron de Villefosse.
—	19e	— MM. Bodin, Lebas.

L'ancienne école de médecine. — Par arrêté préfectoral, l'immeuble situé rue de la Bucherie, 13 et rue de l'Hôtel Colbert, 88, où était autrefois l'école de médecine, reconnu d'utilité publique par décret en date du 4 mars dernier, est déclaré cessible immédiatement pour la restauration des anciennes écoles de médecine.

Corps de santé militaire. — Appel des médecins de réserve et de la territoriale. — Le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de la réserve et de l'armée territoriale aura lieu, en 1898, dans les conditions suivantes:

Réserve. — 282 médecins seront convoqués soit : 5 médecins-majors de 2e classe, 52 médecins aides-majors de 1re classe, et 225 médecins aides-majors de 2e classe.

Armée territoriale. — 415 médecins seront convoqués, comprenant : 35 médecins-majors de 2e classe, 180 médecins aides-majors de 1re classe, 200 médecins aides-major de 2e classe.

Si les besoins du service l'exigent, un certain nombre de ces médecins pourront être appelés à toute époque de l'année pour faire une période normale d'instruction, soit dans les corps de troupe, soit dans les hôpitaux. Sous réserve de cette disposition, les médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne en même temps que les régiments territoriaux, et, quelle que soit leur affectation en temps de guerre, ils accompliront leur période d'instruction dans un corps de troupes.

Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie

(2e session, Marseille, 8 octobre 1898). — Les questions mises d'avance à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Section de Gynécologie (président M. le Dr Pozzi). Diagnostic et traitement des grossesses extra-utérines, rapporteur M. le Dr P. Segond, professeur agrégé de l'Université de Paris (sera discuté sections réunies).

2° Section d'Obstétrique (président M. le professeur Pinard). Des auto-intoxications gravidiques, rapporteurs MM. les Drs Bouffe de Saint-Blaise, chef de clinique à la Faculté de Paris, et Fieux, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux (sera discuté sections réunies).

3e Section de Pédiatrie (président M. le Dr A. Broca).

a) Questions discutées, sections réunies :

Chirurgie : Des hernies abdominales congénitales, rapporteur M. le Dr Delanglade, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille.

Médecine : Des associations microbiennes dans la diphthérie, rapporteur M. le Dr Méry, médecin des hôpitaux de Paris.

b) Questions discutées section spéciale :

La dyspepsie des collégiens, rapporteur M. le Dr P. Le Gendre, médecin des hôpitaux de Paris.

Traitement des cardiopathies infantiles, rapporteur M. le Dr Weill, médecin des hôpitaux de Lyon.

Les purpuras de l'enfance, rapporteur M. le Dr Léon Perrin (de Marseille).

Les diplégies de l'enfance, rapporteur M. le Dr Oddo, médecin des hôpitaux de Marseille.

Les colites de l'enfance, rapporteur M. le Dr L. Guinon, médecin des hôpitaux de Paris.

Traitement du pied bot paralytique, rapporteur M. le Dr Z. Métaxas (de Marseille).

Les rapports sur les questions proposées par le Congrès seront imprimés et distribués aux membres adhérents dans la première quinzaine du mois d'août.

Les membres qui voudraient faire quelques communications sont instamment priés d'en envoyer le titre au secrétariat avant cette époque, pour que ces communications soient mentionnées dans le programme des séances qui sera envoyé aux participants, avant l'ouverture du Congrès.

Le secrétaire-général, Dr Queirel,
20, rue Grignan, Marseille.

Education physique de la jeunesse. — Sont nommés membres de la commission supérieure de l'éducation physique de la jeunesse, instituée au ministère de l Instruction publique : MM. le doyen Brouardel, les Drs Demeny, professeur du cours d'éducation physique de la ville de Paris ; Lagrange ; Marey (de l'Institut), président de la Ligue de l'éducation physique ; Tissié, président de la Ligue girondine de l'éducation physique.

La **Société Française d'hygiène** tiendra sa séance publique annuelle le jeudi 16 juin, dans la grande salle de la Société d'Encouragement, 44, rue de Rennes, sous la présidence de M. Gréhant, professeur au Muséum.

Ordre du Jour : 1° Discours de M. Gréhant, Professeur au Muséum, Président ; 2° M. J. Bruhat : Rapport du Concours de 1897 ; Proclamation des Lauréats ; 3° M. le Dr Foveau de Courmelles, vice-président : Conférence sur l'*Etat actuel des Rayons X* ; Expériences et projections à l'aide des appareils de M. Radiguet ; 4° M. le Professeur Gréhant : Expériences et projections relatives aux organes des sens.

Assurances contre les jumeaux. — Une Compagnie d'assurances américaine vient d'inaugurer l'assurance contre la naissance des jumeaux dans un ménage. Moyennant une prime payée par la femme enceinte dès le début de la grossesse, c'est-à-dire alors que la grossesse gémellaire ne peut pas être diagnostiquée, la Compagnie accorde une indemnité assez forte au moment de l'accouchement si celui-ci se termine par la naissance de plusieurs enfants. On ne dit pas si l'indemnité est plus forte dans le cas d'un accouchement triple ou quadruple. (*Journ. des con. méd.*)

Journaux de médecine. — On lit dans le *Progrès médical* :

« Notre ami, le Dr Marcel Baudouin, ayant la direction de la *Gazette médicale* de Paris, s'est trouvé dans l'obligation d'abandonner le poste de secrétaire de la rédaction du *Progrès médical* qu'il occupait depuis plus de douze ans.

« M. le Dr J. Noir, collaborateur du *Progrès médical*, a bien voulu prendre la succession de M. Baudouin, et nous espérons que nos lecteurs reporteront volontiers sur lui toute la bienveillance qu'ils ont témoignée à son prédécesseur. B. »

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide pour se rendre de Paris à Royat est la voie : Nevers-Clermont-Ferrand. Durée du trajet : de Paris à Royat, en 7 heures ; à Vichy, en 6 h. 1/2.

Prix de Paris à Royat : 1re cl., 47 fr. 80 ; 2e cl., 32 fr. 30 ; 3e cl., 21 fr. 10. — De Paris à Vichy : 1re cl., 41 fr. ; 2e cl., 27 fr. 70 ; 3e cl., 18 fr. 10.

Nécrologie. — Le Dr Lisbonne, d'Aix. — Le Dr Martin, de la Ferté-Bernard (Sarthe) reçu en 1873. — Le Dr Hureau de Villeneuve, de Paris, reçu en 1862, décédé brusquement dans la rue Serpente, en sortant de l'hôtel des Sociétés Savantes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les victimes du lait et du régime lacté, par le Dr G.-H. Meunier (de Calais), ancien externe des hôpitaux de Paris. — Société d'éditions scientifiques.

La Pathogénie fonctionnelle des déformations, par le Pr Julius Wolff, de Berlin. Traduction française par le Dr M. Bilhaut.

Les déséquilibrés des jambes, par le Dr Gélineau, un beau volume in-18 de 126 pages. Prix : 3 fr. — Société d'éditions scientifiques.

Physiologie, physique biologique. — Chimie biologique, programme et questionnaire, avec réponses en dix leçons, destinés à la préparation au 2e examen de Doctorat, nouveau régime, au 1er examen de chirurgiens-dentistes, au certificat P. C. N., à la Licence ès sciences naturelles, à l'examen d'admission à l'Ecole du Service de Santé militaire, etc., par le Dr Georges Petit, professeur libre. Société d'éditions scientifiques.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

PILULES DE QUASSINE FREMINT
Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*